



FICHE D'INSCRIPTION (DÉBUTANTS)

Compagnie des Archers de Vertou

Saison 2014 - 2015

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / /	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone fixe :	N° portable :
Adresse courriel : (très lisible, attention aux points, tirets et soulignés)	
Profession :	

Coût de l'inscription :

180 € Comprenant la licence FFTA, prêt du gros matériel, achat du petit matériel, passeport, formation
+ un chèque de caution de **10 €**

Cotisation dégressive pour famille, chèques à l'ordre de "Archers Vertou".

Nous acceptons les Chèques Pass et les Chèques-Vacances (ANCV).

L'adhésion à la Compagnie des Archers de Vertou implique l'acceptation et l'application sans réserve du Règlement Intérieur remis à chaque archer, des Statuts (libres d'accès au local de l'association), ainsi que des décisions du Bureau ou du Président.

ATTENTION ! Seuls les dossiers remis complets permettent l'accès au pas de tir.

Pièces à joindre au présent document :

- 1 - Une **photocopie du certificat médical** de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc **en compétition**.
- 2 - Une **photo d'identité** (nom et prénom au dos) qui sera rendue après numérisation.
- 3 - Une photocopie de **document d'identité**
- 4 - Les **chèques** : un chèque de 180 € et un de 10 € (caution)
- 5 - Une **enveloppe timbrée**, portant nom et adresse (**3 enveloppes...** si pas d'adresse mail)

6 - Pour les mineurs : AUTORISATION PARENTALE à joindre au dossier

Je soussigné _____ autorise mon enfant :
né le / / à participer aux activités de la Compagnie des Archers de Vertou et à faire pratiquer sur mon enfant tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessiterait son état. J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital compétent le plus proche. Mon enfant est licencié à la F.F.T.A. par les soins du club et bénéficie ainsi de l'assurance fédérale. Il a passé une visite médicale de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc en compétition et son certificat médical est consigné avec sa licence.

Le médecin de famille est le docteur :

Signature : le Père ou la Mère

Téléphone :

Fait le / / à